

# Suivi Intensif dans le Milieu:


un service adapté aux besoins des personnes vivant avec une  
maladie mentale grave et persistante

Sylvie Robillard, inf.clin.(cand.)

Danny Lamoureux, ps.éd. M.éd.

Juin 2011

Centre de santé et de services sociaux  
de la Haute-Yamaska



# Institut d'été 2011 du CRISE/UQAM

Présentation du service de Suivi Intensif dans le Milieu (SIM):

- Le SIM
- La clientèle desservie
- Les problématiques associées
- Le mandat du SIM
- Les principales cibles de l'évaluation et des interventions
- La composition de l'équipe
- Les territoires couverts
- Les différentes modalités de demande de services
- Les principes et les modèles guidant notre pratique
- Les conditions de l'évaluation dans notre milieu:
  - 1-La politique du cycle clinique
  - 2-Le formulaire de demande de service
  - 3-L'évaluation globale
- Vignettes cliniques
- Conclusion

# La description de notre milieu d'intervention

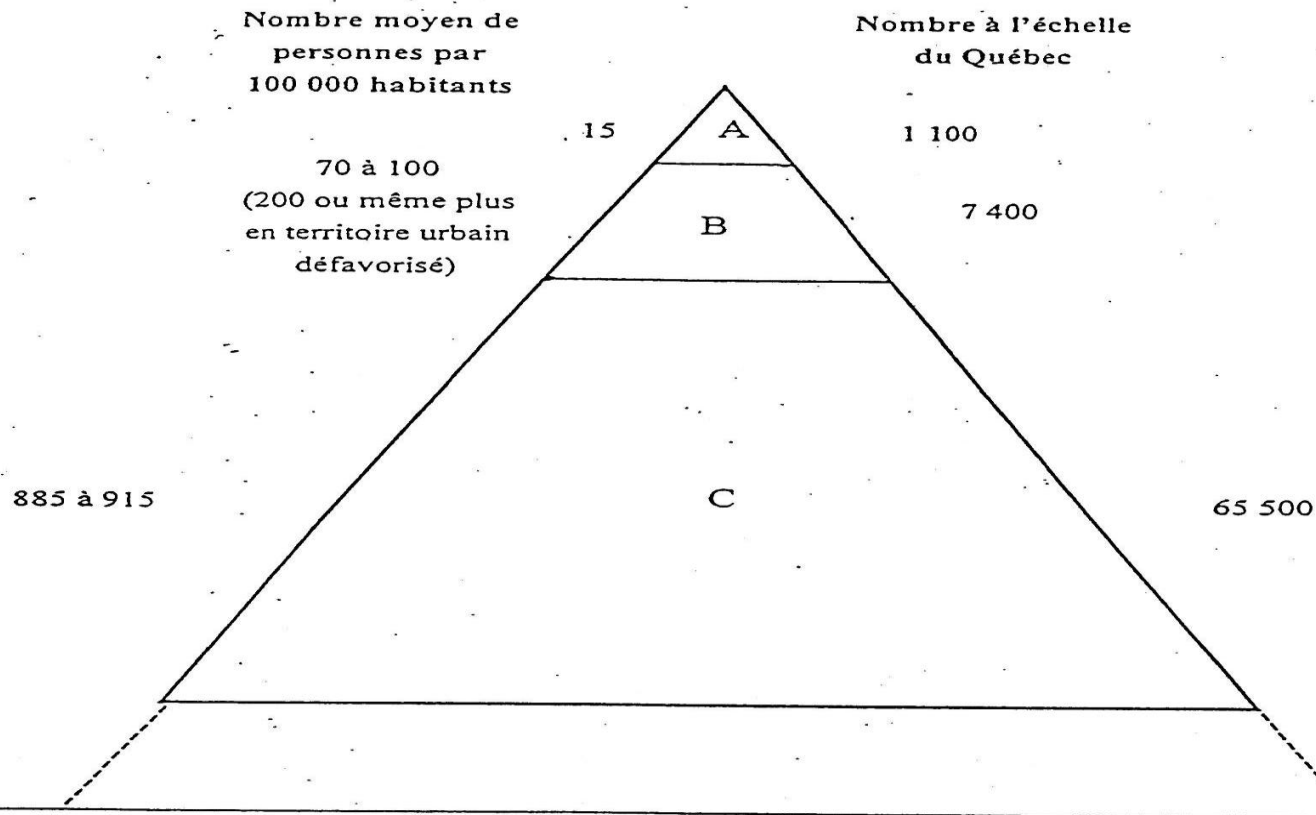
---

- Qu'est-ce que le Suivi Intensif dans le Milieu?
- Clientèle desservie et leurs problématiques
- Mandat du SIM
- Principales cibles d'évaluation et d'intervention
- Composition de l'équipe
- Territoires desservis
- Modalités de demande de service

# Qu'est-ce que le Suivi Intensif dans le Milieu?

- Communément appelé: SIM.
- Rattaché au CSSS de la Haute-Yamaska.
- Service de 2<sup>e</sup> ligne issu de la mise en commun des principes d'intervention:
  - du *Program of Assertive Community Treatment*;
  - du *Case Managment*.

RÉPARTITION « IDÉALE » DU 1 % DE LA POPULATION  
AVEC LES TROUBLES MENTAUX PERSISTANTS LES PLUS GRAVES  
SELON LE TYPE DE SERVICE



**Légende :**

- A) Hospitalisation à long terme :** personnes très gravement malades ou judiciarisées (nombre basé sur la norme de 0,15 lits de longue durée par 1 000 habitants, provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux).
- B) Suivi intensif en équipe :** personnes atteintes de troubles graves et persistants, généralement psychotiques, instables et fragiles, répondant mal aux services habituels.
- C) Autres services :** autres personnes atteintes de troubles graves et persistants.  
(suivi moins intensif, programmes de type « clubhouse », cliniques externes, etc.)

# La clientèle desservie

- Les adultes desservis doivent:
  - présenter un trouble mental grave à évolution difficile;
  - présenter des difficultés majeures de fonctionnement dans la vie quotidienne;
  - répondre peu ou pas aux approches de soins traditionnels;
  - collaborer peu au traitement.

# Une clientèle présentant des problématiques multiples

- Environ 50% des clients présentent des problèmes de consommation.
- De nombreux clients sont aussi engagés dans la délinquance et connaissent des démêlés avec la justice.
- Différents troubles mentaux sont aussi associés: troubles de personnalité, déficience intellectuelle légère, troubles obsessionnel-compulsif et, parfois, des troubles envahissants du développement.

# Le mandat général du SIM

- Améliorer l'efficacité des services et éviter le syndrome de la porte tournante.
- Prodiguer un ensemble de services regroupant des activités d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale offerts par une équipe de soins intégrés dans la communauté.
- Aider le client à améliorer sa qualité de vie.



# Les principales cibles de l'évaluation et des interventions

- Gestion de la maladie
- Santé physique et mentale
- Activités de vie quotidienne et domestique (AVQ, AVD)
- Relations interpersonnelles et sociales
- Soutien à la famille et aux proches

# La composition de l'équipe

- Une équipe multidisciplinaire composée:
  - d'un chef de programme des services ambulatoires;
  - d'un chef d'équipe;
  - de quatre infirmières;
  - de quatre éducateurs;
  - de trois psychoéducateurs;
  - de deux psychiatres.

# Les territoires desservis

- Territoires de la Haute-Yamaska et de Brome-Missisquoi.
- Population totale des deux territoires: 135 000 personnes.
- De grandes distances séparent parfois le site du SIM et certains clients.

# Territoire de la Haute-Yamaska



# Territoire de Brome-Missisquoi



# Les conséquences de la dispersion géographique de la clientèle

- Réalité qui nécessite la mise en œuvre de stratégies innovatrices pour l'évaluation et l'intervention.
- Collaboration avec les pharmaciens, médecins, infirmières, CLSC et l'entourage à proximité.
- Exemples de tâches confiées: prise de médicaments, injections, suivi de santé physique, surveillance du fonctionnement adaptatif et de l'état mental.

# Les différentes modalités de demande de service

- Via les services psychiatriques.
- Toute personne de la communauté et/ou du réseau de services peut faire une demande pour elle ou pour une autre personne.
- Le recrutement dans la rue (*outreach*).

# Les principes et les modèles guidant notre pratique

---

- Les principes sous la composante « sujets »
- Les principes sous la composante « objectifs »
- Les principes sous la composante « professionnels »
- Modèles théoriques généraux
- Modèle spécifique: le modèle « vulnérabilité-stress-compétence »



## Les principes sous la composante « sujets »

- Le principe de responsabilisation du client dans ses différentes sphères de vie.
- Une orientation sur les forces de l'usager.
- Une approche holistique de la personne.
- L'importance de la relation de confiance.
- Le suivi individualisé.
- Client porteur de ses solutions

# Les principes sous la composante « objectifs »

- La réponse aux besoins des usagers.
- La gestion et la coordination des ressources à mettre en place.
- Une intervention en milieu naturel, sept jours sur sept (composantes espace et temps).

# Les principes sous la composante « professionnels »

- Le travail en interdisciplinarité et en multidisciplinarité.
- L'orientation du client vers les ressources du milieu.
- L'implication constructive des familles.
- La ténacité et la persévérance malgré la résistance/réticence des clients.

# Les modèles théoriques généraux guidant notre pratique

- L'approche bio-psycho-sociale.
- Les concepts humanistes d'acceptation inconditionnelle du client.

# Un modèle spécifique en regard de la clientèle desservie

- Leclerc (1997) a développé un modèle permettant de comprendre le vécu des clients aux prises avec des problèmes de santé mentale à évolution difficile.
- Le modèle identifie des événements et des facteurs impliqués dans les trajectoires d'adaptation des clients.
- Il prévoit aussi des cibles d'intervention visant à améliorer l'adaptation des clients.

# Illustration du modèle « Vulnérabilité-stress - compétence » (Leclerc, 1997)

## Vulnérabilités

Vulnérabilité génétique  
Anomalies neuro-développementales  
Déficits cognitifs

## Stress

Événements de vie  
Émotions exprimées  
Stress quotidiens

## Facteurs de protection

Compétences et habiletés sociales  
Soutien familial et social  
Coping et estime de soi  
Gestion du stress et thérapie cognitive-comportementale  
Médication

Rechute symptomatique et handicaps fonctionnels

Rémission symptomatique et fonctionnelle - Rétablissement

# Les conditions de l'opération d'évaluation

---

- Une opération s'inscrivant dans un cycle clinique
- Le formulaire de demande de services
- L'évaluation globale

# Une opération s'inscrivant dans un cycle clinique

- La politique du cycle clinique respecte les délais prescrits par la Loi sur la santé et les services sociaux.
- À partir de l'inscription, nous disposons de 12 semaines maximum pour élaborer le premier plan d'intervention.
- Il sera réévalué aux quatre mois.



# Le formulaire de demande de service

- Première étape de l'évaluation qui détermine si la personne est admissible à recevoir nos services.
- Cette première évaluation peut conduire à une réorientation de la personne vers d'autres services lorsqu'elle ne présente pas les critères d'admissibilité.
- C'est une cueillette d'informations préalables à une première rencontre avec le client (consultation des évaluations antérieures).

# L'évaluation globale

- Il s'agit d'une collecte d'informations s'effectuant lors des premières rencontres avec le client.
- Elle documente le fonctionnement dans plusieurs sphères de vie et selon diverses dimensions.
- Elle est articulée autour des forces, des difficultés et de la motivation au changement sur 15 dimensions.

# Les domaines de fonctionnement documentés par l'évaluation

1. L'alimentation (achat, préparation).
2. Apparence et hygiène personnelle.
3. Santé physique (sommeil, suivi médical).
4. Connaissance de la maladie et de la médication (symptômes, signes de rechute).
5. Gestion de la médication (autonomie, adhésion).

# Les domaines de fonctionnement documentés par l'évaluation

6. Troubles du comportement et aspects judiciaires (dangerosité, idées suicidaires).
7. Entretien domestique et sécurité des lieux (salubrité, organisation).
8. Gestion financière (budget, endettement).
9. Consommation de psychotropes (abus, gestion).

# Les domaines de fonctionnement documentés par l'évaluation

10. Capacités cognitives (réactions au stress, concentration).
11. Gestion du temps (activation).
12. Réseau social (isolement, conflits).
13. Communication (habiletés sociales).
14. Intégration dans une activité (travail, bénévolat).
15. Intégration services communautaires.

# L'évaluation globale

- Elle permet de cibler les besoins prioritaires et mène à l'élaboration du plan d'intervention.

# Vignette 1

---

## Identification

- Dame âgée de 45 ans, quatrième d'une famille dont 2 frères et 1 sœur. Elle a fait une technique en garderie. Elle est prestataire de l'Aide sociale. Elle habitait avec un conjoint et le fils de celui-ci, à Granby, déménagée de la région depuis.

## Antécédents personnels

- Pendant un an et demi, à la fin de la sixième année, elle fait de la délinquance; vol, bris de fenêtre.
- Elle aurait eu des relations sexuelles avec l'un de ses frères de l'âge de 6 à 12 ans.
- Elle débute la drogue à l'âge de 7 ans, allant des plus faibles aux plus fortes.
- À l'âge de 9 ans, c'est le début de la prostitution. Elle se fait payer d'ailleurs en drogue.
- À 13 ans, involontairement, elle devient enceinte, l'enfant sera placé en adoption.
- Une deuxième grossesse, mais elle se fait avorter.
- À 16 ans, elle a une grossesse volontaire, l'enfant sera lui aussi placé en adoption.
- Elle fait, à jeune âge, 3 tentatives suicidaires, l'une à 9 ans, la deuxième à 16 ans et la dernière à dernière 17 ans.
- Dès l'âge de 9 ans, elle s'automutile (lésions au avant-bras). Par la suite, elle persiste à s'automutiler, en particulier à se brûler avec un briquet de façon superficielle.
- Elle a déjà mentionné qu'elle aurait abusé elle-même, à quelques reprises, des enfants qu'elle gardait alors qu'elle n'était pas encore majeure.

## Antécédents personnels psychiatriques

- Elle a été suivie par de nombreux médecins ou psychiatres.
- Un diagnostic de trouble de personnalité sévère avec immaturité.
- On note plusieurs tentatives de suicide, la plupart par intoxication médicamenteuse. On note cependant, une tentative de pendaison alors que la patiente avait 16 ans.



### Antécédents médicaux et chirurgicaux pertinents

- Asthme, migraine, diverticulite avec complications

### Antécédents judiciaires

- Aurait eu une évaluation psychiatrique à l'Institut Pinel, clinique de dangerosité, en 1993, suite à une agression physique (aurait bousculé fortement et tenté d'étouffer une femme).

### Antécédents familiaux psychiatriques

- Un frère, avec des troubles psychiatriques, qui aurait également eu des relations de type incestueuses avec la patiente.
- La mère aurait présenté un problème d'alcoolisme chronique.
- Le père semble avoir présenter des problèmes de violence dans le milieu familial et possiblement aurait eu des relations incestueuses avec la patiente.

### Médication

- Lithium
- Celexa
- Seroquel
- Topamax

### Historique de consommation

- Abus de drogues dans sa jeunesse
- Abstinance de drogue et d'alcool présentement

## Historique du traitement

- On note qu'en 1985, elle a été hospitalisée à trois reprises à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, jusqu'en 1988.
- En 1988, elle aurait été hospitalisée à plusieurs reprises à l'hôpital de St-Hyacinthe et en 1989, elle a été suivie au CHG. Donc, plusieurs hospitalisations jusqu'en 2007.
- Suivi par le SIM de mai 1993/novembre 2003 et septembre 2004/mai 2005

## Perspective de rétablissement

- Personne incapable de dire non. Une estime d'elle-même très faible, donc sentiment d'être exploitée par les gens autour d'elle, son entourage.
- Elle décrivait un vécu de dévalorisation très intense, un sentiment d'être mal comprise en permanence.
- Lors de ses séjours à l'hôpital, elle se sent bien, car elle a le sentiment d'être écoutée et mieux comprise.
- Elle était incapable de mettre en place des projets concrets quant à son avenir.
- Elle insiste sur le sentiment de ne jamais se sentir à la hauteur des attentes que les autres peuvent avoir à son égard.
- On constate dans son fonctionnement quotidien que, lorsqu'elle est confrontée à certaines situations difficiles ou à des frustrations, elle a tendance à s'automutiler.
- Un plan d'intervention est débuté ayant comme but la responsabilisation de la cliente, afin qu'elle participe de façon très active à la bonne marche de son traitement.
- Les relations avec la famille ont dû être travaillées et clarifiées pour permettre à la patiente de mieux comprendre ses relations et à mettre une distance raisonnable avec cette famille

## Perspective de rétablissement

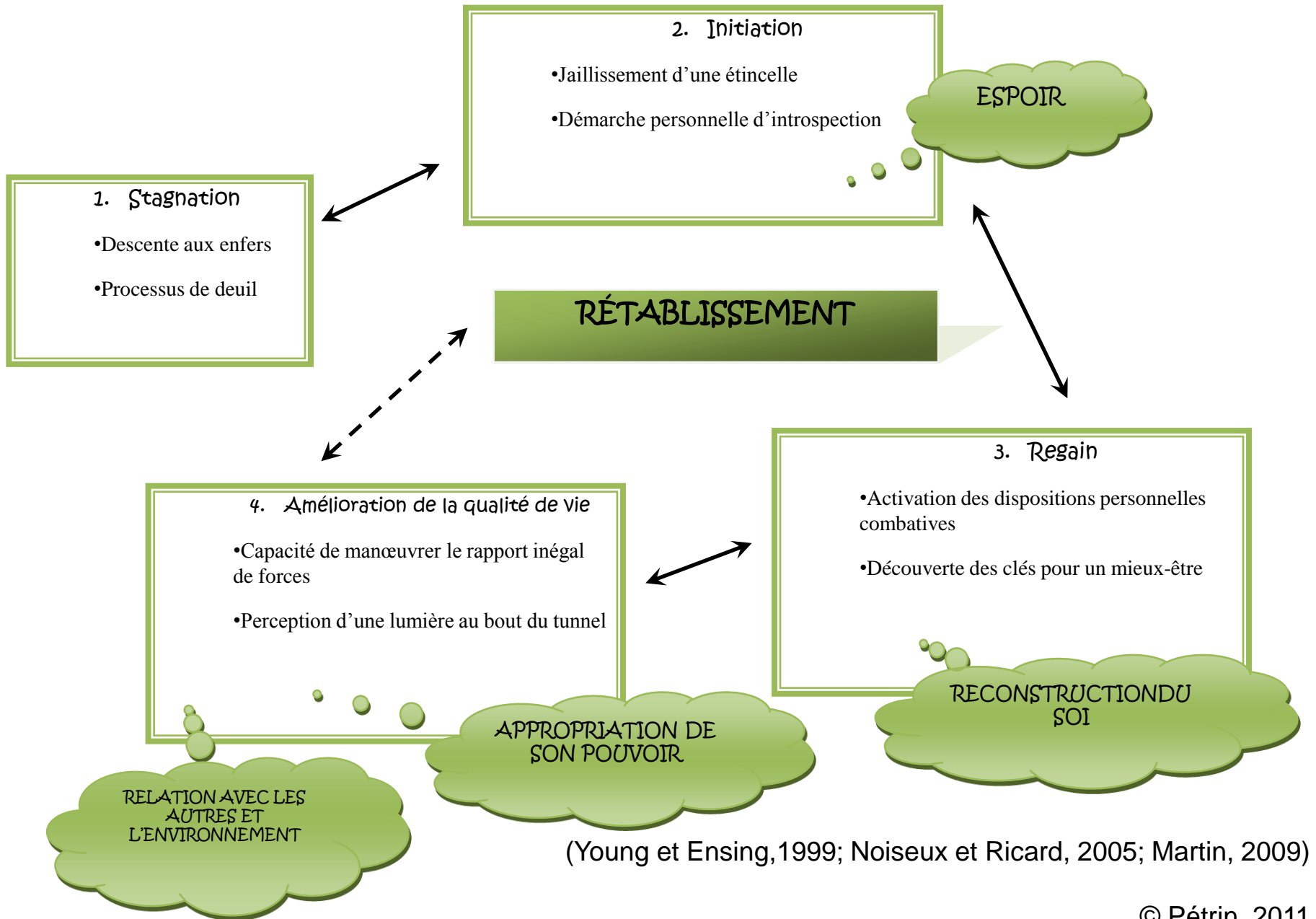
(suite)

- Exposition a son anxiété et certains médicaments ont pu être diminués progressivement jusqu'a l'élimination complète.

Favoriser une approche occupationnelle c.a.d. que la patiente soit active et occupée dans sa vie de tous les jours afin de laisser moins de place aux idées destructrices.

Le suivi avec l'équipe SIM terminé en 2005 puis le travail thérapeutique s'est poursuivi avec son psychiatre traitant et avec organisme communautaire pour résolution trauma/abus sexuel.

Depuis 2007, suivi par médecin de famille seulement.



# Vignette 2

---

## Identification

- Jeune homme de 29 ans, célibataire et sans enfant, habite seul à Granby mais présentement en Centre de désintoxication au "Portage" à Montréal. Il ne travaille plus depuis de nombreuses années. Il vit sur l'héritage de son père décédé en 2005. Il est sous le régime de protection publique "Tutelle aux biens et à la personne".

## Antécédents personnels psychiatriques

- Patient connu pour schizophrénie paranoïde et suivi par le SIM depuis 10 ans.
- Il a été hospitalisé à au moins 10 reprises pour décompensation.
- La dernière hospitalisation a été à l'automne 2010 pour tentative suicidaire à l'intoxication aux Tylénols et lacérations.
- Une autre tentative de suicide, dans la même année soit en mars 2010. Il aurait consommé plus de 140 comprimés de Tylénol. Il a présenté une hépatite sévère et une insuffisance rénale nécessitant une dialyse.
- Il a déjà fait 2 tentatives de se couper les poignets en 2000 alors que ses symptômes psychiatriques étaient mal contrôlés.
- Il fût arrêté par les policiers en 2000 voulant provoquer un accident en heurtant un viaduc de ciment avec son auto.

## Antécédents médicaux et chirurgicaux pertinents

- Hépatite sévère et insuffisance rénale lors de la tentative de suicide en mars 2010. Le patient n'aurait pas gardé de séquelles physiques.

## Antécédents judiciaires

- Aucun

## Antécédents familiaux psychiatriques

- La mère et les sœurs sont connues pour schizophrénie. Trois suicides dans la famille; un oncle, une tante et un cousin.

## Médication

- Seroquel et Zyprexa

## Historique de la consommation

- Tabagisme actif, café occasionnel, aucune boisson énergisante.
- Alcool : Consommation a débuté à 17 ans où il pouvait boire deux ou trois bières par semaine. Au cours des années, la consommation a augmenté. Le patient consommait environ 24 bières par semaine qu'il buvait en deux ou trois jours. Il consommait à l'occasion des spiritueux.
- Cannabis : Consommation a débuté à 17 ans. Initialement, il consommait 1g/semaine. Par la suite, il a augmenté jusqu'à 1/2 à 1 g/jour. Sa consommation aurait diminué depuis 1 an par manque d'argent. Il consommait 1g/semaine.
- Cocaïne : Consommation a débuté vers 24 ans dans le contexte du décès de son père. Le patient prise sa cocaïne et ne s'est jamais injecté. Il consommait environ 1g/semaine.

## Historique du traitement

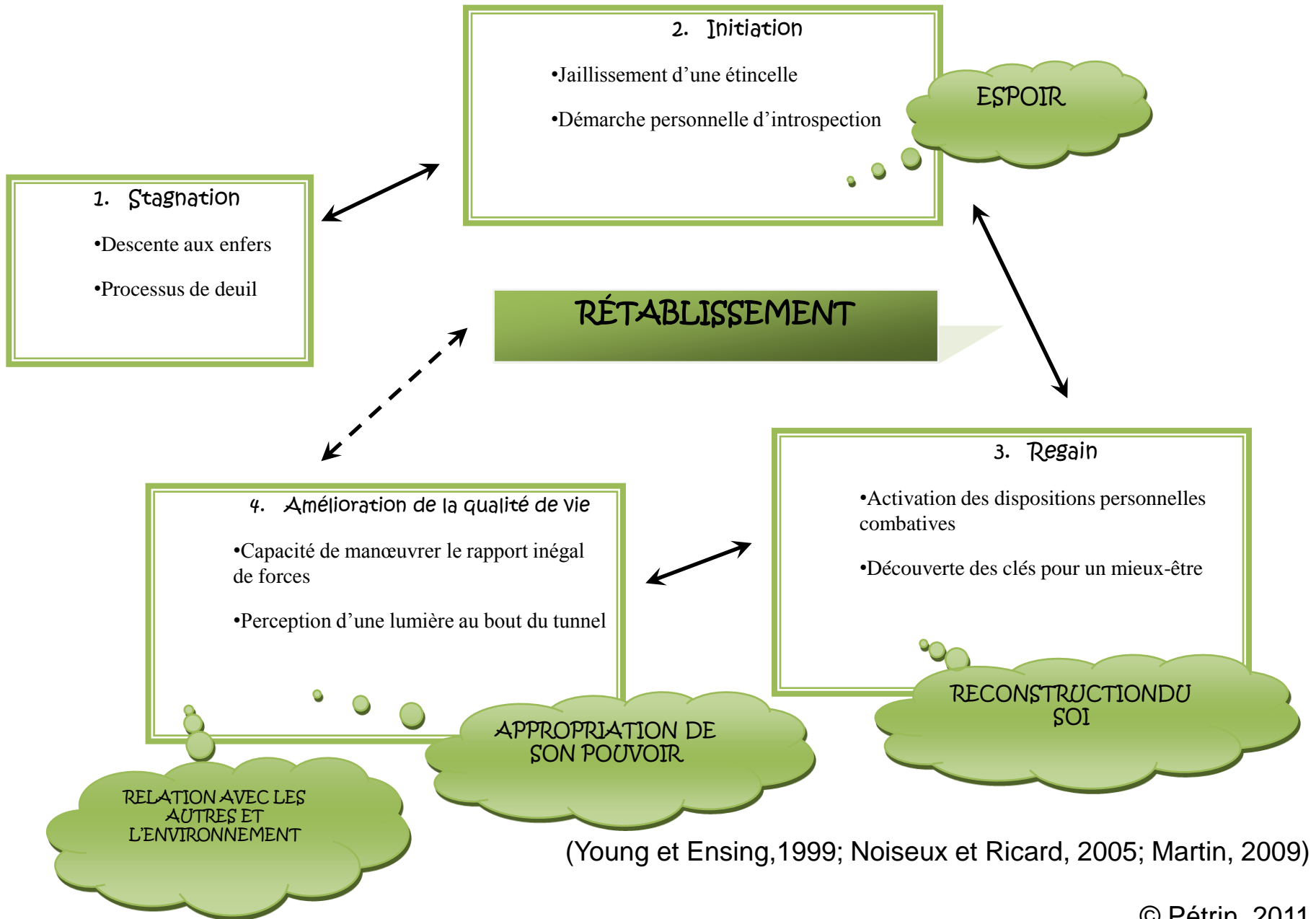
- Suivi par le SIM depuis 2001
- Stable pendant 3 ans lorsqu'il était en ordonnance de traitement, avril 2001.
- Sa situation se dégrade, à la suite du décès de son père à l'été 2005. Son père était une personne très présente et très significative. La mort de son père a provoqué aussi la vente du patrimoine familiale (maison et porcherie).
- Maison d'hébergement, de réadaptation et réinsertion en santé mentale pendant 2 1/2 ans.

- En cure de désintoxication: 1 semaine en 2006 (Le Passant, Le Virage).
- Aussi, une cure de désintoxication au Domaine Perce-Neige non concluante d'environ 1 mois.
- Retour en cure de désintoxication au Centre Corps-Âme et Esprit pour 8 mois. Il aurait, durant cette période, fugué à plusieurs reprises pour consommation. Est resté sobre 4 mois.
- De 2006 à la fin de l'automne 2010, le client a séjourné à plusieurs reprises en appartement seul, mais supervisé par l'équipe SIM.
- Ordonnance de traitement en 2010 pour 1 an avec désintoxication.
- Janvier 2011, départ pour le Portage à Montréal, programme spécialisé TSTM.

#### Perspective de rétablissement

- Une évaluation à la clinique Cormier-Lafontaine. Il avait des idées suicidaires déplorant le déroulement de sa vie, ayant l'impression que rien de fonctionnait.
- Le patient nous parle de ce geste, comme un geste de découragement ponctuel, en lien avec sa solitude et l'échec de sa vie. En fait, il s'est dit frustré que rien n'aboutisse.
- Le patient doit identifier des projets créateurs d'espoir; essai fait l'été 2010 avec le programme PAD mais "échec" pour cause de rechute de consommation.
- Depuis qu'il est jeune adulte, le contrôle vient toujours de l'externe. En occurrence, sa consommation est un obstacle majeur à son rétablissement. C'est à ce moment qu'il est référé au Portage pour qu'il développe des outils pour un contrôle externe à l'interne.
- Le lien que l'on peut faire de ses tentatives suicidaires; la consommation exacerbe ses symptômes, c'est-à-dire des hallucinations auditives, paranoïdes (peur de la mafia) = tentative suicidaire.





# La conclusion

---

- .Le suivi intensif dans le milieu peut être une réponse adaptée aux personnes vivant avec une maladie mentale grave et persistante pouvant avoir idéations suicidaires et/ou tentatives de suicide.
- .Le traitement, la réadaptation sont des étapes nécessaires au rétablissement
- .L'identification par la personne d'un ou des projets créateur d'espoir
- .Le rétablissement passe par la réappropriation du pouvoir de la personne. La personne adopte cette approche centrée sur son avenir
- .

# Principales références

- Association des hôpitaux du Québec (2000). *Cadre de référence. Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves.*
- Caron, J., Lecomte, Y., Stip, E. et Renaud, S. (2005). Predictors of Quality of Life in Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 41(4), 399-417.
- Leclerc, C. (1997). *Modèle de la gestion du stress des personnes atteintes de schizophrénie.* Document de formation inédit. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Pétrin, E. (2011). *Guide d'évaluation Suivi Intensif dans le Milieu.* Document de travail inédit. CSSS de la Haute-Yamaska.
- Tremblay, M. (2001, 2e édition). *L'adaptation humaine. Un processus biopsychosocial à découvrir.* Éditions Saint-Martin.
- Van Os, J., Jones, P., Sham, P., Bebbington, P., Murray, R.M. (1998). Risk Factors for Onset and Persistence of Psychosis. *Social Psychological Psychiatry Epidemiology*, 33, 596-605.